

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

136

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jules-Jacques LAURENT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Juin 1910, à CHATEAULIN (Finistère)

Fistules Œsophago-Bronchiques
au cours du
Cancer de l'Œsophage

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jules-Jacques LAURENT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Juin 1910, à CHATEAULIN (Finistère)

Fistules Œsophago-Bronchiques
au cours du
Cancer de l'Œsophage

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

Doyen TIFFENEAU.

I. — Professeurs

Anatomie.	MM.
Physiologie.	ROUVIERE.
Physique médicale.	Léon BINET.
Chimie médicale.	STROHL.
Bactériologie.	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales.	BRUMPT.
Pathologie médicale.	BAUDOUIN.
	PASTEUR-VAL-
	LERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.	MONDOK.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOLLETT.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-
	LAVASTINE.
	GOUGFROT.
	GULLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JÉANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIET.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Clinique chirurgicale.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique urologique.	
Clinique d'accouchements.	
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	
Clinique thérapeutique médicale.	
Clinique oto-rhino-laryngologique.	
Clinique thérapeutique chirurgicale.	
Clinique propédeutique.	
Clinique de la Tuberculose.	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	
Clinique cardiologie.	
Clinique de neuro-chirurgie.	
Assistance médico-sociale.	
Professeurs sans chaire.	



II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DEGREZ (H.)..
BARIETY	DESOILLE
BERNARD Et..	DIGONNET
BESANCON (J.)	DOGNON
BONNET	FEVRE
BOULANGER	FUNK-
BOULIN	BRENTANO..
BROUET	GALLIARD
BULLIARD	GARCIN
CACHERA	Mlle GAUTHIER-
CORDIER	VILLARS..
COSTE	GAYET
COUVELAIRE (R.)	DE GENNES
DELARUE	GIROUD
DELAY	HAGUENAU
	Physique.
	Médecine légale.
	Obstétrique.
	Physique.
	Pathologie chirurgicale.
	Pathologie chirurgicale.
	Parasitologie.
	Pathologie médicale.
	Anatomie pathologique.
	Physiologie.
	Pathologie médicale.
	Histologie.
	Pathologie médicale.

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENEGRE Pathologie médicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.

MM.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT.....
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU.....
 LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 BRULE
 CATHALA
 CHABROL
 CHEVALLIER..
 DONZELOT
 DUVOIR
 GASTINEL
 HUGUENIN
 LAROCHE (G.).
 LIAN
 MOREAU
 PIEDELIEVRE.
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELIER
 DE GAUDART-
 D'ALLAINES.
 LEVEUF
 MOULONGUET.
 MOURE
 QUENU
 } Clinique chirurgicale.
 ECALLE
 METZGER
 PORTES
 VIGNES
 } Clinique obstétricale.

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR TIZON

En témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOULIN

Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse. Expression de respectueuse
reconnaissance pour son savant
enseignement, et pour les marques
d'intérêt, qu'il a bien voulu me
prodiguer.

A MES MAÎTRES DE STAGE

Première Année

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Deuxième Année

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Troisième Année

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

Première Année

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Deuxième Année

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABBE (*in memoriam*)

Troisième Année

MONSIEUR LE DOCTEUR GILBERT-DREYFUS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

Quatrième année

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON KINDBERG

En témoignage de ma vive gratitude.

FISTULES ŒSOPHAGO-BRONCHIQUES AU COURS DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

HISTORIQUE

Les fistules entre l'œsophage cancéreux et l'arbre trachéo-bronchique, déjà signalées par les auteurs au xvii^e siècle, ont été plus spécialement étudiées au cours du xix^e. Maudière (1829), Grisolles (1846), Lutan (1877), Zenker (1878) ont pu rapporter un certain nombre de perforations mettant le canal œsophagien en communication avec la trachée ou avec les bronches, et découvertes à l'autopsie chez des sujets atteints de cancer de l'œsophage et morts en peu de jours au cours d'accidents broncho-pulmonaires dramatiques.

Sirot, dans sa thèse (Lyon, 1899), groupait les observations publiées jusqu'alors et pouvait en réunir 143 cas.

Cependant le diagnostic de fistule œso-trachéo-bronchique était rarement posé avec certitude du vivant du malade. Depuis, les progrès des moyens d'exploration (radioscopie et œsophagoscopie) ont permis une étude plus précise du syndrome dans les cas où les manifestations cliniques pouvaient faire soupçonner l'existence d'une perforation. Enfin,

actuellement, les examens radiologiques pratiqués presque systématiquement au cours des sténoses œsophagiennes ont parfois révélé l'existence de fistules, alors que cliniquement rien ne les faisait prévoir.

Dans sa thèse de Lyon (1935), Barrut, étudiant les fistules œsophagiennes, en réunissait 104 cas nouveaux, dont 52 étaient secondaires à des cancers de l'œsophage. Depuis, Sergent et Regaud, Worms et Bolotte, Tiprez et Christiaens, Bocca (en France), Bigliardi et Sella, Markowicz (en Italie) en ont publié de nouveaux cas, et Mounier-Kuhn, en 1938, a pu donner une étude d'ensemble de la question.

ETIOLOGIE

Les considérations habituelles d'âge et de sexe sont évidemment les mêmes que celles du cancer initial et ne sont guère à retenir que dans les cas où la fistule révèle un cancer ignoré : presque toujours il s'agit d'hommes entre 55 et 65 ans dans les antécédents desquels on retrouve assez souvent la syphilis.

Le siège du cancer paraît avoir une importance certaine. Si l'on élimine la question de la fréquence propre des cancers du tiers moyen, il paraît indiscutable que les perforations dans l'arbre aérien se produisent surtout au cours de cette localisation du néoplasme. Ce fait s'explique facilement par les rapports intimes de la région moyenne de l'œsophage avec la partie inférieure de la trachée et avec l'origine des bronches, de la bronche gauche surtout.

Mais la forme du cancer paraît avoir plus d'importance que son siège. En fait, les cancers qui donnent lieu à des perforations sont presque toujours du type ulcéreux. Cette notion est surtout intéressante dans le cas de lésions qui siègent sur la face antérieure de l'organe et qui peuvent très précocement se perforer dans la trachée.

La fréquence de ces perforations au cours du cancer de l'œsophage est assez discutée. Bérard et

Sargnon estime qu'elles se produisent dans 30 à 35 % des cas. P. Carnot admet qu'elles surviennent plus souvent encore : dans plus de la moitié des cas. Pourtant les fistules qui se traduisent par des manifestations cliniques bruyantes sont assez rares et il est vraisemblable que la plupart des accidents pulmonaires que l'on voit survenir dans la période terminale des cancers de l'œsophage connaissent une autre origine.

PATHOGENIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La fistule étant inséparable du cancer, dont elle n'est qu'une complication, il nous a paru intéressant de décrire rapidement ici les lésions qui l'accompagnent. Si dans l'immense majorité des cas le cancer de l'œsophage se manifeste cliniquement par des signes de sténose œsophagienne progressive due à l'envahissement de la lumière du canal par les bourgeons néoplasiques, la pratique courante de l'œsophagoscopie, au cours des dysphagies qui autrefois auraient été attribuées à des spasmes de l'œsophage, a permis de se faire une idée plus exacte des divers aspects que peut présenter la lésion à ses débuts.

A côté de la forme bourgeonnante où l'examen révèle l'existence d'une masse irrégulière, grisâtre ou rougeâtre, largement implantée sur l'une des parois du canal et l'obstruant d'une façon plus ou moins complète, on observe fréquemment :

soit la forme infiltrée, sous-muqueuse, moins décelable cliniquement à son début et où l'examen à l'œsophagoscope révèle seulement l'existence d'une zone épaissie cartonnée, rigide, au niveau de laquelle la paroi apparaît comme « imprégnée de cir ». Cette zone s'étend plus ou moins haut et gagne progressi-

vement en virole tendant à englober le conduit entier;

soit la forme ulcéreuse, où la lésion apparaît comme une ulcération irrégulière reposant sur une base indurée, plus ou moins étendue en hauteur et occupant soit une partie, soit la totalité de la circonférence du canal. Sa surface, recouverte d'une sanie purulente, est friable et saigne facilement. Ses bords sont irréguliers, indurés, surélevés en bourrelet plus ou moins volumineux qui fait saillie dans l'œsophage et explique la dysphagie. Les rapports intimes de la face antérieure du canal avec la trachée et les bronches, plus spécialement au niveau du tiers moyen, font la fréquence avec laquelle les fistules peuvent alors se produire.

Mais si les trois formes qu'il est classique de décrire sont sans doute nettement individualisées au début de leur évolution, il est certain que leur aspect devient beaucoup moins net lorsque la lésion s'est étendue.

Certes, on peut encore parler de formes à prédominance ulcéreuse « cancroïde », mais à côté d'une perte de substance parfois considérable, les bords saillants de la lésion constituent de véritables tumeurs qui obstruent la lumière du conduit œsophagien. De même dans la forme bourgeonnante « encéphaloïde » on ne tarde pas à voir apparaître des zones de ramollissement, puis de nécrose, qui expliquent que même dans ces formes la fistulisation dans les voies aériennes ne soit pas exceptionnelle.

C'est qu'aux lésions néoplasiques s'ajoutent presque toujours des phénomènes d'infection qui paraissent jouer un rôle important dans la constitution des fistules.

Si certains cancers à forme ulcéreuse de la face antérieure de l'œsophage, par envahissement et nécrose, d'abord des tissus œsophagiens, puis de la paroi trachéale ou bronchique, peuvent ne s'accompagner que d'une infection minime et donner une perforation cancéreuse typique, en général le rôle des phénomènes inflammatoires n'est pas négligeable. Le cancer de l'œsophage, sauf dans sa forme infiltrante au début, est pratiquement toujours un cancer infecté. Cette infection est d'ailleurs favorisée tant par la nécrose des bourgeons néoplasiques que par la fermentation des liquides alimentaires retenus en amont d'une lésion encore peu étendue par suite du spasme surajouté.

Enfin il est des cas où l'infection a vraiment une importance prépondérante. Ce sont ceux où la fistule est due à la suppuration d'une adénopathie cancéro-inflammatoire et à l'ouverture secondaire de la collection suppurée dans les bronches ou la trachée et dans l'œsophage. Il en existe deux observations particulièrement démonstratives : ce sont, d'une part, le cas de Schutz; d'autre part le cas rapporté par Bérard et Sargnon. Il nous semble que cette pathogénie doive être relativement fréquente et que l'on doive y rattacher les cas nombreux où le trajet fistuleux, de faible diamètre et irrégulier, tortueux et

suffisamment étendu pour que l'on ne puisse admettre l'envahissement puis la nécrose de tissus cancéreux.

Pourtant le mécanisme de l'ulcération néoplasique simple ou le mécanisme mixte à la fois cancéreux et inflammatoire, pas plus que la fistulisation de ganglions suppurés, ne peuvent expliquer toutes les fistules œsophago-trachéo-bronchiques. Il semble bien que l'on doive attribuer une part importante dans leur établissement à la fissuration puis à la rupture des parois œsophagiennes et trachéo-bronchiques à l'occasion des mouvements propres de ces conduits.

On connaît l'onde péristaltique de l'œsophage au moment des mouvements de déglutition. Mais même au repos la paroi de l'œsophage n'est pas immobile : les pulsations aortiques et cardiaques se transmettent jusqu'à elle.

Benjamin et Seeman ont constaté que les mouvements respiratoires ont également une influence sur l'œsophage qui se dilate au moment de l'inspiration par suite de l'abaissement de la pression endothoracique. Enfin, au cours de la phonation le tiers supérieur de l'œsophage est le siège de contractions actives indépendantes des variations de la pression endothoracique (phénomènes de Stupka). Ces mouvements transmis à une muqueuse malade, infiltrée et friable, peuvent être à l'origine de fissures, ceci d'autant plus facilement que l'œsophage est immobilisé dans un bloc de périviscérite inflammatoire.

Du côté de l'arbre aérien, fixé lui aussi par la réac-

tion médiastinale qui s'oppose à ses mouvements propres, rendu rigide et friable par la propagation de l'infection, des fissures analogues peuvent se produire. L'infection aidant ces fissures peuvent se rejoindre après un trajet plus ou moins complexe et la fistule s'établit.

Signalons enfin comme cause exceptionnelle de ces communications le traumatisme perforant au cours d'un cathétérisme ou d'un examen à l'œsophagoscope. Accident qui paraît facile à éviter si l'on veut bien procéder au préalable à l'examen radiologique du malade, n'avoir recours aux manœuvres endoscopiques qu'en vue d'une recherche précise et les réserver au spécialiste averti.



Selon la pathogénie en cause les fistules œsophago-trachéo-bronchiques au cours du cancer de l'œsophage peuvent présenter des types fort différents :

1° Dans le cas de cancer à forme ulcéreuse, la lésion — généralement décrite sous le nom de perforation — se présente comme une large ulcération de la paroi œsophagienne dont les caractères sont ceux du cancer; elle occupe habituellement la circonférence entière du canal. En un point quelconque de cette ulcération la paroi trachéo-bronchique a été effondrée et les voies aériennes communiquent avec l'œsophage par un orifice irrégulier dont le pourtour

épaissi, induré et friable présente de nombreux bourgeons néoplasiques.

Les dimensions de cette perforation sont extrêmement variables suivant que la communication œso-phago-aérienne dure depuis plus ou moins longtemps. Elles sont parfois minimales et l'orifice est plus ou moins obturé par les bourgeons cancéreux. Parfois, au contraire — et particulièrement chez les malades qui ont eu une gastrostomie — on peut observer des pertes de substance considérable, la partie inférieure de la trachée, l'origine des bronches ayant complètement disparu sur une longueur pouvant atteindre une dizaine de centimètres.

2° Dans le cas de cancer à forme sténosante pure les fistules présentent un aspect totalement différent. Elles sont plus ou moins longues mais ont toujours un trajet propre. Il s'agit vraiment de « fistules » et non pas de « perforation », comme dans le cas précédent. Elles sont en général de petit calibre, leur trajet est irrégulier, tortueux, échappant à toute description. Le plus souvent elles débouchent dans l'œsophage, au fond de la poche sus-stricturale, près de la portion sténosée. C'est en effet à ce niveau que les fissurations pariétales se produisent plus volontiers, car les causes qui les déterminent s'y trouvent réunies : phénomènes inflammatoires entretenus par la stase et la fermentation des liquides, irritation de la muqueuse par les légers traumatismes des aliments, facteur mécanique enfin, car c'est dans cette région

que viennent mourir les ondes péristaltiques à chaque effort de déglutition.

Parfois l'orifice œsophagien de la fistule est situé au dessous de la sténose. Bien que le rôle de l'infection soit ici moins évident on peut pourtant penser qu'elles sont dues à un processus analogue au précédent. L'infiltration cancéreuse jouant ici un rôle prédominant et le facteur mécanique réalisé par la transmission des pulsations aortiques ou cardiaques plus que par la reprise de l'onde péristaltique au delà de l'obstacle, suivant la théorie dite « du clavier central ». Pourtant, il paraît plus vraisemblable d'admettre que les fistules dont l'orifice œsophagien se trouve situé au dessous de la sténose sont généralement dues à la fistulisation d'un ganglion médiastinal suppuré.

Ces fistules communiquent avec la trachée ou les bronches par des orifices souvent minuscules, difficiles à mettre en évidence et qui, avec la complexité du trajet fistuleux, expliquent que ces lésions restent souvent latentes et sont des découvertes d'autopsie.

3° Les communications œsophago-aériennes provoquées par la fistulisation d'une part dans l'œsophage, d'autre part dans la trachée ou dans les bronches d'un ou de plusieurs ganglions médiastinaux suppurés, rappellent par leur aspect les fistules du type précédent. Deux théories ont pu être proposées pour expliquer leur constitution.

Pour les uns la réaction ganglionnaire à la fois cancéreuse et inflammatoire, située à proximité de la

paroi œsophagienne, la fixe et ne tarde pas à déterminer l'apparition d'un diverticule de traction. Ce diverticule se fissure, s'infecte et hâte la suppuration du ganglion, puis sa fistulisation dans l'œsophage. Pourtant le drainage se fait mal, l'infection gagne de proche en proche; les ganglions voisins, atteints à leur tour, englobent dans un bloc de périadénite la trachée et les bronches, et ce n'est que secondairement que les collections suppurées finissent par s'ouvrir dans les voies aériennes.

Pour d'autres, au contraire, le conduit œsophagien, plus mobile en dépit de son infiltration néoplasique, est moins influencé par la périviscérite et les ganglions suppurés auraient plutôt tendance à s'ouvrir d'abord dans la trachée ou dans les bronches, la perforation œsophagienne survenant secondairement.

Quoi qu'il en soit la fistule, une fois constituée, est remarquable par sa complexité. Seule la mise à plat de son trajet, en mettant en évidence les poches des ganglions, révèle son étiologie probable.

ETUDE CLINIQUE

Les fistules œsophago-bronchiques ont une traduction clinique très variable selon leur nature et suivant les conditions dans lesquelles elles apparaissent. Il est évident que l'apparition d'une fistule par ouverture d'un ganglion suppuré dans l'œsophage et dans une bronche chez un malade porteur d'une bouche de gastrostomie a toutes chances de passer inaperçue. Au contraire, l'ouverture dans les voies aériennes d'un cancer à forme térébrante, survenant brutalement au cours d'un repas, s'accompagne d'accidents dramatiques.

I. Forme typique.

Elle est manifestement réalisée par un cancer à prédominance ulcéreuse, s'accompagnant d'une dysphagie modérée et qui se perfore dans les voies aériennes.

Dans 50 % des cas l'accident initial survient au cours d'un repas. Le malade, gêné par sa dysphagie, recherche déjà les aliments semi-liquides. Un jour, à l'occasion d'un mouvement de déglutition, il est pris brusquement d'une quinte de toux extrêmement vio-

lente pendant laquelle il rejette une partie des aliments qu'il vient d'ingérer. La violence de cette quinte est telle que les particules alimentaires expulsées sont projetées jusque dans les fosses nasales; le malade étouffe, se cyanose, parfois même perd connaissance... En règle générale les quintes se succèdent, intenses, déchirantes, ramenant toujours quelques débris alimentaires égarés dans les voies aériennes, puis elles se calment peu à peu et le malade, dans la majorité des cas, met son accident sur le compte d'une mauvaise déglutition.

Mais la fistule, une fois établie, les mêmes phénomènes vont se reproduire, avec une intensité d'ailleurs variable, chaque fois que le malade essaiera d'avaler les aliments.

Redoutant la quinte qui accompagne toute tentative de déglutition, le malade va essayer de diminuer le volume du bol alimentaire, puis, de lui-même le plus souvent, il s'efforcera de trouver une attitude qui réduise les chances de « fausse route ». Les positions les plus variées ont pu être ainsi adoptées par des malades. D'une façon générale les aliments et plus spécialement les liquides ont moins de tendance à s'engager dans les voies aériennes lorsque le sujet est penché en arrière ou même franchement en décubitus dorsal. Dans d'autres cas, au contraire, c'est le décubitus latéral qui favorise une déglutition correcte : tout dépend de la situation de l'orifice œsophagien de la fistule.

Pour éviter les quintes si pénibles certains mala-

des recourent à d'autres artifices. Parfois, contractant leur glotte, ils augmentent la pression intra-pulmonaire au moment de la déglutition et empêchent ainsi le passage des aliments dans les voies aériennes. Citons enfin le cas classique rapporté par Heydenrick où le malade, ayant constaté la disparition de ses quintes après avoir avalé un noyau de cerise, s'efforçait, au début des repas, d'obturer sa fistule par le même procédé.

Mais les efforts de toux et le rejet par les voies aériennes de particules alimentaires qui se produisent plus volontiers au moment des tentatives de déglutition, peuvent également survenir en dehors de celles-ci. Soit à l'occasion d'un effort, soit sans cause manifeste, il arrive en effet que des aliments retenus dans l'œsophage au-dessus de la sténose, ou déjà engagés dans une fistule un peu longue, passent subitement dans la trachée où ils déterminent ce que Sirot appelle des quintes intercalaires.

*
* *

La fausse route alimentaire reste le signe dominant des fistules œsophago-bronchiques. A elle seule elle impose le diagnostic, mais elle n'est pas toujours évidente et la perforation d'un cancer de l'œsophage dans les voies aériennes pourra se révéler par d'autres signes qui, pour être moins fréquents, n'en sont pas moins évocateurs.

Pendant la parole à voix haute il arrive, en effet, que la fistule laisse l'air pulmonaire s'échapper dans l'œsophage. Il en résulte une chute de pression dans

la trachée, l'intensité des vibrations des cordes vocales est brusquement réduite et subitement au cours d'une phrase quelques mots sont chuchotés, c'est le « trou dans la phrase ».

Les signes suivants sont moins caractéristiques : les éructations, dues au passage dans l'œsophage de l'air provenant des voies aériennes sont particulièrement fréquentes. Souvent fétides, elles se produisent surtout aux moments où la pression pulmonaire est accrue : pendant les efforts, les quintes de toux... Dans le même ordre d'idées on a pu constater, au cours d'une intervention pour gastrostomie, une distension progressive de l'estomac à chaque mouvement d'expiration, due à l'existence d'une fistule complexe formant clapet.

Signalons enfin chez ces malades l'odeur fréquemment repoussante de l'haleine. Certes, il est banal de constater au cours du cancer de l'œsophage une certaine fétidité de l'haleine, mais dans le cas particulier l'appel d'air passant par la fistule à chaque mouvement d'inspiration donne à l'haleine une odeur d'autant plus désagréable que souvent s'y associe l'odeur soit franchement gangréneuse, soit parfois fécaloïde des complications pulmonaires.

Evolution et complications.

La fistule, une fois constituée, la pureté du syndrome mécanique qu'elle détermine ne tarde pas à s'altérer. Très rapidement, en effet, surviennent les

complications broncho-pulmonaires. La muqueuse de la trachée et des bronches, irritée par le contact des particules alimentaires à chaque tentative de déglutition, ne tarde pas à s'infecter. Le réflexe tussigène devient de moins en moins sensible et finit par disparaître complètement, permettant l'envahissement du parenchyme pulmonaire par les liquides septiques venus de l'œsophage.

Il s'installe alors un syndrome pulmonaire dont le type est assez variable. Rarement on peut voir se constituer un abcès pulmonaire franc, généralement autour d'un fragment alimentaire plus volumineux venu se loger dans une terminaison bronchique.

Plus souvent l'organisme, déjà affaibli par le cancer et l'infection, se défend mal et l'on voit s'établir soit des suppurations diffuses à germes banaux réalisant les types broncho-pneumonies bâtardes, soit un processus de gangrène pulmonaire avec son expectoration caractéristique.

Chez de tels malades, en dehors de toute question de sténose œsophagienne, l'alimentation devient pratiquement impossible et il faut recourir à la gastrotomie. Malgré elle, l'état général s'altère rapidement, le malade se cachectise, et il est rare qu'il survive plus d'un mois à l'accident dramatique qui a marqué le début de sa fistule.

2. Formes cliniques.

Si dans le type que nous avons décrit l'existence d'une fistule œsophago-bronchique ne passe jamais inaperçue dans les formes plus complexes, il n'en est pas toujours de même.

a) FORME SUFFOCANTE D'EMBLÉE.

Au premier accident le passage dans les voies aériennes du bol alimentaire peut déterminer la mort. Pendant la quinte, le corps étranger volumineux qui a pénétré dans la trachée peut en effet venir se bloquer au niveau de la bifurcation trachéale et provoquer l'asphyxie. Mais le plus souvent la mort provient sans doute à la suite d'une syncope réflexe à point de départ bronchique, car il est difficile d'admettre qu'un cancer assez évolué pour permettre une perforation de cette importance ne s'accompagne pas d'une dysphagie suffisante pour interdire l'ingestion de bols volumineux.

b) FORMES IMMÉDIATEMENT MORTELLES PAR HÉMORRAGIE.

Ces formes, dont il existe deux cas publiés, sont des découvertes d'autopsie : l'aorte dans un cas, une artère médiastinale dans l'autre s'étant rompues dans une fistule qui jusque-là était passée inaperçue.

c) FORMES RÉVÉLANT UN CANCER DE L'ŒSOPHAGE IGNORÉ.

En réalité il s'agit rarement d'une communication à type de perforation donnant lieu à des accidents bruyants à chaque tentative de déglutition.

Ce sont en général des malades qui présentent des troubles pulmonaires à type de broncho-pneumonie bâtarde, parfois de gangrène pulmonaire ou de pyo-pneumothorax, avec un amaigrissement considérable, une atteinte progressive rapide de l'état général. Au cours de l'évolution apparaissent parfois quelques troubles de la déglutition qui font suspecter le cancer. Souvent la radiographie permet alors le diagnostic, mais parfois cancer et fistule sont des découvertes d'autopsie.

d) FORMES LATENTES.

Un certain nombre de fistules œso-trachéo-bronchiques sont admirablement supportées. Parfois elles restent parfaitement ignorées du vivant du malade ou bien elles sont découvertes un jour, fortuitement, au cours de l'exploration radiologique d'un œsophage cancéreux.

Parmi ces formes on doit d'abord mettre à part les cas où la perforation est le fait d'un cancer à forme ulcéro-végétante qui a déjà nécessité une gastrostomie et où la sténose est assez serrée pour interdire jusqu'au passage de la salive déglutie. Il est normal que de telles lésions ne s'accompagnent d'aucun signe particulier.

Les autres cas où les fistules restent latentes peuvent se rattacher à deux groupes bien différents.

Le plus souvent si la fistule ne se traduit cliniquement que par un minimum de signes c'est que la communication œso-trachéo-bronchique, si réelle qu'elle soit au point de vue anatomique, ne donne pourtant lieu à aucun passage des substances dégluties vers les voies aériennes. Il s'agit généralement alors de fistules longues, irrégulières, sinueuses, dont le diamètre est faible et qui ne se laissent pas facilement pénétrer par les aliments ingérés, même si ceux-ci sont liquides.

Les fistules qui, partant de l'œsophage, se dirigent obliquement en haut vers la trachée ou les bronches, celles dont l'orifice œsophagien est recouvert par un bourgeon néoplasique ou se trouve situé au-dessous de la sténose, celles enfin qui débouchent obliquement dans le canal et dont la paroi interne forme clapet au passage des aliments s'accompagnent d'un minimum de signes et peuvent parfaitement passer inaperçues.

On a même pu prétendre que la simple contraction musculaire de la paroi œsophagienne au moment de la déglutition pouvait suffire pour obturer un orifice fistuleux de faible diamètre, mais même en admettant que cette contraction se produise encore au niveau des tissus irrités et infectés, sinon infiltrés par le cancer, elle ne doit avoir lieu qu'après le passage du bol alimentaire et n'explique nullement que la fistule demeure muette.

Quoi qu'il en soit, la cause qui s'oppose au passage d'es aliments vers les voies aériennes s'oppose également à l'injection de la fistule par la bouillie opaque et les lésions latentes cliniquement ne se révéleront pas davantage à l'examen radiologique. Cependant, si le trajet entier de la fistule ne s'injecte pas, il n'est pas rare de voir la baryte s'engager dans la portion initiale du défilé. Des changements d'attitude du sujet permettront parfois d'en obtenir l'imprégnation complète.

Mais l'examen radiologique révèle parfois avec la plus grande facilité l'existence de fistules latentes remarquablement tolérées. Ces faits peuvent paraître banaux chez des sujets cachectiques et infectés, incapables de réactions et où la fistule, survenant à la phase terminale de la maladie, passe à peu près complètement inaperçue. Ils s'expliquent plus difficilement chez des malades dont l'état général est encore bon et où le passage dans les voies aériennes des particules alimentaires et des liquides déglutis est assez bien supporté pendant longtemps.

Cette tolérance inhabituelle relèverait pour certains auteurs d'une intégrité relative des pneumogastriques qui auraient une part prépondérante dans la pathogénie des broncho-pneumonies de déglutition.

Le facteur mécanique paraît en effet insuffisant à déterminer à lui seul des lésions inflammatoires broncho-alvéolaires. Dans quelques pays étrangers on a pu recourir, pour l'exploration bronchique, à l'injec-

tion de lait baryté dans les voies aériennes sans observer d'accidents pulmonaires, d'autre part un certain nombre de fistules œsophago-bronchiques d'origine non cancéreuse ont pu être admirablement tolérées pendant de longues années, et le facteur infectieux qui s'y est fatalement surajouté n'a pas été non plus suffisant pour déterminer les accidents.

Peut-être faut-il voir alors dans le facteur nerveux l'un des éléments essentiels des complications pulmonaires.

MM. Tinel Ungar et Brincourt ont montré que des lésions nerveuses seules pouvaient entraîner des altérations pulmonaires, différentes il est vrai de celles que l'on observe au cours des broncho-pneumonies de déglutition. Par contre, expérimentalement, MM. Troisier, Bariety et Mlle Denise Kohler ont pu réaliser des suppurations identiques par section des pneumogastriques chez un lapin ayant dans les bronches un corps étranger végétal. Il est donc vraisemblable d'attribuer aux lésions des pneumogastriques, comprimés ou envahis par la tumeur, une part importante dans l'apparition des complications broncho-pulmonaires au cours des fistules œsophago-bronchiques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se pose de façons très différentes selon les conditions dans lesquelles on est appelé à voir le malade.

Il est certain que devant une quinte de toux extrêmement violente survenant brutalement après un mouvement de déglutition chez un malade atteint de cancer de l'œsophage et s'accompagnant du rejet de particules alimentaires le diagnostic paraît évident.

Pourtant — et le malade lui-même s'y trompe qui pense avoir « avalé de travers » — il n'est pas exceptionnel au cours du cancer de l'œsophage que pendant la déglutition les aliments soient projetés dans la trachée. C'est que d'une part — et surtout dans le cas d'un cancer haut situé — le larynx peut être plus ou moins immobilisé par l'empâtement inflammatoire, par les adénopathies ou par l'envahissement néoplasique. Son double mouvement d'ascension et de bascule en avant peut être gêné, incomplet, et l'obturation des voies aériennes imparfaite. D'autre part, les nerfs laryngés eux-mêmes peuvent être atteints. Les récurrents peuvent être comprimés dans le bloc de péri-œsophagite ou envahis par la tumeur, et les cordes vocales insuffisamment rapprochées ne réalisent plus « la fermeture de précaution ». Enfin le laryngé

supérieur peut être comprimé par les adénopathies et la muqueuse a une sensibilité atténuée qui ne s'oppose plus à la pénétration des aliments dans les voies aériennes.

Cependant le diagnostic reste facile, il pourra se baser d'une part sur la répétition invariable des accidents chaque fois que le malade essaie de s'alimenter, d'autre part sur les signes d'irritation trachéale que le malade a pu présenter dans les jours qui ont précédé la perforation et qui font rarement défaut. Il est en effet habituel que peu de temps avant la perforation on note une exacerbation des douleurs rétro-sternales, l'apparition d'une toux sèche et quinteuse au moment des repas, parfois quelques crachats striés de sang ou une petite hémoptysie.

Eventuellement on pourra tenter de vérifier un diagnostic hésitant en faisant prendre au malade une solution de bleu de méthylène que l'on retrouve bientôt dans l'expectoration. Mais en réalité cet essai n'a rien de bien probant et il sera utile de recourir à l'examen radiologique qui fournit les précisions les plus intéressantes sur le siège de la fistule, le nombre de ses orifices, son trajet, son importance.



Dès l'examen sans préparation on note parfois, avec l'envahissement médiastinal, l'existence d'une réaction plus ou moins diffuse d'une ou des deux bases pulmonaires, ce qui peut déjà être interprété comme un argument en faveur de l'existence d'une fistule.

Pourtant les réactions pulmonaires du type inflammatoire ne sont pas exceptionnelles au cours du cancer infecté de l'œsophage et c'est l'examen à la bouillie barytée qui fournit les signes de certitude.

Dès l'ingestion de la préparation opaque on voit en général se dessiner les signes caractéristiques de cancer de l'œsophage : arrêt de la substance opaque au niveau de la sténose avec éventuellement chute en neige de la baryte dans le liquide de la poche sus-stricturale et remplissage de celle-ci. Puis le défilé cancéreux mince et irrégulier s'injecte à son tour.

Parfois la fistule apparaît d'emblée. En un point quelconque de l'œsophage on voit son trajet se dessiner peu à peu, puis brusquement la baryte s'engage dans la trachée ou les grosses bronches où elle est plus ou moins bien tolérée. Le plus souvent l'intrusion de la bouillie barytée dans les voies aériennes provoque de violentes quintes de toux au cours desquelles les bronches secondaires s'injectent rapidement, donnant sur les clichés des images comparables à celles que l'on obtiendrait par des injections de lipiodol. quelquefois pourtant — et surtout si l'on a pris soin de faire tiédir légèrement le repas opaque — la baryte est remarquablement supportée et l'on voit sur l'écran l'image des ramifications bronchiques se dessiner peu à peu.

Les communications œsophago-bronchiques ne sont pas toujours mises aussi facilement en évidence et il faut parfois faire prendre au malade les positions les plus variées tant pour permettre à la bouillie bary-

téc de pénétrer dans la fistule que pour lui faire injecter son trajet entier.

Mais quelquefois l'examen radiologique restera négatif, révélant seulement l'existence manifeste d'un cancer de l'œsophage sans qu'il soit possible de vérifier l'existence de la fistule. Parfois même la lésion néoplasique est loin d'être évidente : on constate seulement une certaine rigidité d'une portion de l'œsophage sans qu'il y ait de déformation nette de la paroi, sans que l'on puisse percevoir de tumeur.

C'est dans ces cas que l'œsophagoscopie fournit les renseignements les plus intéressants. Il est évident qu'en présence d'un cancer évoluant déjà depuis un certain temps et s'accompagnant de signes de sténose serrée, l'examen direct à l'œsophagoscope ne peut que vérifier l'existence d'une fistule débouchant dans la poche sus-stricturale. Les fistules dont l'orifice œsophagien est situé au-dessous de la sténose restent parfaitement inaccessibles.

Par contre, si le cancer est peu sténosant, l'œsophagoscopie peut soit préciser le siège de la communication œsophago-bronchique, soit quelquefois permettre de la découvrir. A ce sujet, signalons que pour mettre en évidence une fistule latente, Laub conseille, au cours de l'examen, d'insuffler dans le tube œsophagoscopique de la fumée de tabac. Son rejet par le malade à chaque mouvement expiratoire fait la preuve d'une communication anormale entre l'œsophage et l'arbre aérien.

L'examen œsophagoscopique prend surtout une importance considérable dans les cas où le diagnostic étiologique reste hésitant. En effet, si le cancer de l'œsophage est la cause la plus fréquente des fistules œso-trachéo-bronchiques (50 % des cas), il n'est pas indifférent de méconnaître les autres étiologies possibles.

En réalité le diagnostic de la lésion causale se pose rarement. Il s'agit en général de cancer de l'œsophage accompagné de signes cliniques évidents et facilement contrôlés par l'examen radiologique.

D'autre part, le plus souvent pour les fistules relevant d'une autre origine (corps étranger, sténose cicatricielle après ingestion de liquide caustique), les antécédents sont parfaitement connus et l'on n'est guère tenté d'attribuer à une autre cause les fistules qui surviennent chez de tels malades.

Pourtant, dans certains cas, le cancer de l'œsophage peut rester ignoré et c'est alors que des investigations plus précises sont nécessaires. La fréquence de l'origine œsophagienne de ces fistules doit d'emblée faire penser au cancer. Dans ce sens il faut retenir l'âge et le sexe du malade, l'atteinte précoce de l'état général avec l'amaigrissement progressif et considérable.

La dysphagie peut être très discrète, la salivation, les douleurs rétro-sternales peuvent faire défaut, l'examen radiologique lui-même peut n'être pas probant. C'est l'œsophagoscopie — avec biopsie quelquefois — qui, en général, fera le diagnostic. D'une façon

tout à fait exceptionnelle elle pourra découvrir un corps étranger ignoré, une perforation sur un ulcère de l'œsophage, une ulcération tuberculeuse ou syphilitique...

Parfois on sera orienté d'emblée vers la possibilité d'une origine trachéo-bronchique par l'existence dans les antécédents de troubles pulmonaires, avec quintes de toux, dyspnée d'effort, crachats striés de sang ou même hémoptysie. Il est pourtant bon de se rappeler que des troubles de cette nature se voient fréquemment pendant la période qui précède la perforation dans les voies aériennes d'un cancer œsophagien. Ce n'est que lorsque l'examen radiologique — et éventuellement l'œsophagoscopie — aura montré l'intégrité relative de l'œsophage que l'on pourra recourir à l'examen trachéo-bronchoscopique pour rechercher l'existence d'une tumeur des voies aériennes dont la biopsie précisera la nature.

Enfin, dans certains cas, les caractères des ombres médiastinales révélées à l'examen radiologique permettent de penser que la fistule est vraisemblablement d'origine ganglionnaire. Ici encore, si l'examen de l'œsophage ne montre pas les images caractéristiques du cancer, il est prudent de rechercher par l'œsophagoscopie si l'adénopathie n'est pas secondaire à un néoplasme œsophagien latent, et c'est seulement si ces résultats sont négatifs que l'on peut admettre que la fistule est due à la suppuration d'un ganglion tuberculeux.

TRAITEMENT

L'étude précise du syndrome déterminé par les fistules œsophago-bronchiques au cours du cancer de l'œsophage a un intérêt purement diagnostique. Le cancer de l'œsophage est une affection évoluant fatalement vers la mort et les essais de curiethérapie locale qui ont été tentés n'ont donné aucun résultat probant.

Pourtant la fistulisation de ce cancer, si elle ne change rien au pronostic final, hâte cependant la terminaison fatale. En général, la mort survient moins d'un mois après l'établissement de la fistule.

Au surplus, dans la majorité des cas, la perforation est très mal supportée par les malades et s'il est impossible de les guérir, au moins doit-on s'efforcer de respecter l'intégrité de la cloison qui sépare encore l'œsophage des voies aériennes, ou, la fistule étant constituée, de chercher à en atténuer les effets.

A titre préventif il convient, chez de tels malades, d'éviter les cathétérismes intempestifs ou les examens œsophagoscopiques qui ne sont pas formellement indiqués.

Si l'on voit apparaître les signes pulmonaires qui annoncent l'imminence de la fistulisation, il faut faire

une gastrostomie, même s'il y a peu de dysphagie, même si le malade ne paraît pas sous-alimenté.

C'est encore la gastrostomie qui s'impose, ou, ce qui revient au même, l'intubation caoutchoutée, si la fistule s'est constituée. On peut espérer supprimer ainsi la plupart de ces quintes atroces qui surviennent à chaque tentative de déglutition et éviter l'apparition précoce des complications pulmonaires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

in Thèse BONNARD, Paris, 1921, N° 504

B..., 62 ans, journalier, entre dans le service du Docteur Œttinger, le 7 janvier 1921, pour de la dyspnée, de la toux et de l'amaigrissement.

Au mois de juillet dernier, le malade a eu un refroidissement à la suite duquel il conserva une lassitude générale accompagnée de fièvre et de malaises. Il continua son travail pendant deux mois et dut s'arrêter à cause de l'augmentation de sa dyspnée et de sa toux.

Au mois de novembre, dyspnée et toux deviennent plus pénibles encore et en même temps apparurent une expectoration formée de crachats épais, verdâtres, amers et des sueurs nocturnes. En même temps la fièvre devient plus vive.

L'appétit a toujours été conservé. Mais on note quelques digestions difficiles (vomissements après les repas) et surtout un amaigrissement considérable (perte de 27 kilos).

A son entrée on trouve un malade amaigri, au facies un peu cyanotique, sans œdème des membres inférieurs, sans teinte sub-ictérique.

A l'examen du thorax on trouve une voussure générale mais plus marquée à gauche.

Poumon gauche. En avant : on ne sent pas la pointe du cœur et les vibrations sont abolies. La sonorité est

exagérée et la matité cardiaque a disparu. L'auscultation montre l'abolition complète de la respiration et l'absence de bruits surajoutés.

En arrière : on note de l'abolition des vibrations, de la submatité à la base et une diminution très considérable du murmure respiratoire, sauf dans la région hilaire et sous-hilaire où la respiration s'entend un peu mieux. Pas de succussion hippocratique, pas de résonance amphorique de la toux ni de la voix, pas de signe d'airain.

Poumon droit. En avant : Sonorité un peu exagérée. Respiration normale, peut-être un peu augmentée.

En arrière : Sonorité et respiration normales.

Urines normales. Température oscillant autour de 38°.

En résumé, on constate les symptômes d'un hydro-pneumothorax, sans que, dans l'histoire du malade, on puisse trouver un symptôme en indiquant le début.

Le 14 la température commence à présenter de grandes oscillations.

On n'en trouve pas l'explication par l'examen des différents appareils et on pense à une transformation purulente de l'épanchement. La ponction exploratrice ramène un liquide clair, légèrement opalescent, sans microbes. Polynucléaires intacts et éosinophiles très abondants.

Ces qualités du liquide font penser à une poussée de bacilliose en rapport avec les lésions pulmonaires. Mais la recherche des bacilles de Koch est négative et les signes d'auscultation sont muets.

Le 3 février on constate que la matité remonte presque jusqu'en haut en avant et en arrière, bien que l'espace de Traube reste sonore. Les signes de pneumo-

thorax sont localisés au sommet sous la clavicule ; toux et voix amphoriques, souffle amphorique.

Le 17 février, le malade a maigri, mais l'état général reste assez bon. Le liquide n'augmente pas et les signes de pneumothorax diminuent. La température baisse.

Le 7 mars, la température présente depuis une quinzaine, à nouveau de grandes oscillations. La dyspnée a augmenté et on note une recrudescence de l'expectoration muco-purulente. L'auscultation fait constater, en avant et en arrière surtout à la partie moyenne, de nombreux sons crépitants et quelques frottements.

Pour la première fois le malade présente de la dysphagie. Dès qu'il avale une gorgée de lait il est pris d'un accès de toux et rejette aussitôt le liquide. En même temps la voix prend un caractère rauque et bientôt le malade devient presque aphone.

Bientôt la déglutition des liquides devient complètement impossible, la cachexie s'accroît, la dyspnée augmente, marchant de pair avec l'apparition d'un gros souffle à la partie moyenne du poumon droit. La température baisse, le pouls s'accélère et le malade succombe le 19 mars.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax s'échappe de la cavité pleurale gauche 500 centimètres cubes de liquide environ.

Enlèvement en bloc des viscères thoraciques. En cherchant à les séparer on constate que l'œsophage et la trachée sont compris dans un gros bloc formé par une masse blanchâtre et unissant intimement les deux organes. Autour de la masse principale on trouve de nombreux ganglions, surtout abondants dans l'écartement des deux branches. Ils sont hypertrophiés et durs.

L'œsophage présente sur sa face antérieure une tumeur

qui infiltre sa paroi sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ.

On ouvre l'œsophage sur sa face postérieure et on constate une perforation dans le tissu qui infiltre la paroi. Cette perforation fait communiquer l'œsophage avec la branche droite.

A la coupe : les bronches et les poumons ressemblent à une éponge remplie de pus.

On ne trouve pas de métastases dans les autres organes.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux-alvéolaire. Les ganglions sont envahis.

OBSERVATION II

W.-G. SCOTT-BROWN, *Lancet*, 8 sept. 1934, p. 544

Homme âgé de 59 ans. Vu pour la première fois le 16 octobre 1933, se plaignant de difficulté à avaler. Huit mois plus tôt il avait eu l'impression que « sa gorge se bouchait » et depuis les trois derniers mois il se plaignait d'une gêne progressive à la déglutition. Enfin, depuis quelques temps le malade était pris de quintes de toux, particulièrement intenses pendant et après les repas, et au cours desquelles il lui arrivait d'expulser quelques particules alimentaires. Pourtant il se déclarait « très en forme » et — vagabond sans domicile — il avait pu faire une étape de 20 miles quelques jours plus tôt.

L'examen du nez, de la gorge et du larynx n'a rien révélé de particulier, à l'exception de quelques sécrétions muco-purulentes des fosses nasales. Les ganglions cervicaux et axillaires n'étaient pas perceptibles.

A l'examen radiologique, pratiqué par M. Ulysse-Williams, dès l'ingestion de la bouillie barytée, une violente quinte de toux rend difficile l'observation de la traversée œsophagienne. Immédiatement après on constate l'existence d'une fistule œsophago-trachéale située juste au-dessous du cartilage cricoïde et l'injection de l'arbre bronchique par la bouillie de baryum.

L'œsophagoscopie révèle l'existence d'une large ulcération de la face antérieure de l'œsophage dont le bord supérieur est à 1 pouce et demi au-dessous du cartilage cricoïde, l'œsophage étant infiltré sur tout son pourtour.

La bronchoscopie montre l'existence d'une tumeur de la face postérieure de la trachée, à environ 2 pouces ou 2 pouces et demi au-dessous des cordes vocales ; on n'a pas pu voir complètement la face postérieure de la trachée au-dessous de la tumeur, mais l'apparition d'une goutte de sang a permis de reconnaître l'orifice trachéal de la fistule.

Une biopsie du bord de l'ulcération a confirmé le diagnostic de cancer de l'œsophage.

Une gastrostomie fut faite le 8 novembre, par M. L.-E.-C. Norburry, et le malade allait aussi bien que possible quand il fut transféré au L. C. C. hôpital le 22 novembre. A ce moment la toux avait à peu près disparu.

Il vécut encore pendant trois mois sans avoir à se plaindre ni de toux, ni de vomissements, ni même d'aucun trouble d'origine pulmonaire ou digestive. Il devint peu à peu cachectique, s'affaiblit progressivement et mourut le 19 février 1934.

On n'a pas pu faire l'autopsie.

OBSERVATION III

C.-E. BROOKS, *Canadian Medical Association Journal*,
t. 33, p. 423

Le malade âgé de 46 ans, a été vu pour la première fois le 26 juin 1933. Il se plaignait depuis quelque temps d'une gêne à la déglutition des solides. Il avait la sensation d'un obstacle rétro-sternal et devait tenter plusieurs mouvements de déglutition avant de réussir à faire descendre les aliments.

Ses antécédents personnels et familiaux ne révélaient rien de particulier.

A l'examen on trouvait un homme portant à peu près son âge, pesant 128 livres, plutôt maigre, bien qu'il n'eût perdu que 5 livres au cours de la dernière année, mais nullement cachectique.

L'examen du nez, de la bouche et du pharynx n'a rien montré de particulier. Cependant, à la palpation, le cou, de chaque côté et derrière le larynx, paraissait plus épais et plus dur que d'ordinaire.

Les ganglions cervicaux n'étaient pas perceptibles.

A l'examen radiologique la bouillie barytée tombe directement dans l'estomac. Une radiographie thoracique montre qu'il n'existe pas d'adénopathie médiastinale et que les champs pulmonaires sont normaux.

L'œsophagoscopie révèle au tiers supérieur de l'œsophage, sur la paroi postérieure, l'existence d'une zone rouge et hypertrophiée, faisant saillie dans le canal œsophagien, mais insuffisante pour déterminer de l'obstruction.

On n'a pas fait de biopsie par crainte d'hémorragie. On a conclu au diagnostic de cancer de l'œsophage et le malade a été mis à un régime semi-liquide aussi

substantiel que possible. On prévint l'entourage de procéder à des pesées régulières du malade tous les quinze jours et de revenir consulter si l'amaigrissement allait en s'accroissant ou si de nouveaux troubles apparaissaient.

Le malade, revu périodiquement, semblait aller de mieux en mieux. Cependant, en octobre 1933 la déglutition devint plus difficile et on dut mettre le malade à un régime uniquement liquide représentant 2.500 calories par jour environ. On réussit ainsi à le maintenir en bon état, il pesait 127 livres jusqu'au 10 octobre 1934.

Ce jour-là, « il prit froid ». En fait, il était très cyanosé et la moindre ingestion de liquide déterminait immédiatement de violentes quintes de toux. Il racontait que jusqu'à la veille au soir il avait pu avaler ses aliments, avec difficulté d'ailleurs, quand il avait remarqué que chaque tentative d'alimentation provoquait des quintes de toux. Au surplus, il se sentait extrêmement faible et se plaignait d'une soif intense.

Immédiatement hospitalisé, il reçut 500 centimètres cubes de sérum glucosé, salé à 5 ‰ avant d'être examiné radiologiquement.

À l'examen, la bouillie barytée descend directement jusqu'à un point situé à peu près au niveau de la bifurcation trachéale puis injecte brusquement l'arbre bronchique des deux côtés. À ce moment se produit une violente quinte de toux qui complète l'injection des petites bronches dont l'image est fixée sur un cliché.

Ramené dans son lit et couché en position déclive, tête en bas, il reçut à nouveau du sérum glucosé, salé à 5 ‰, tant par voie intra-veineuse que par voie rectale. Tout ce qu'il put essayer de prendre par la bouche était immédiatement rejeté et il dut même renoncer à avaler sa salive.

Le lendemain matin il allait un peu mieux ; son poids était de 115 livres, il avait perdu environ 10 livres en deux ou trois jours, il semblait pourtant moins déshydraté que la veille et son teint était meilleur.

Sous une dose moyenne d'avertine, complétée par une anesthésie locale on fit une gastrostomie selon la technique de Witzel.

L'opération a été très bien supportée, le malade a reçu ensuite 500 centimètres cubes de sérum glucocé, salé à 5 ‰, intra-veineux toutes les 8 heures. L'alimentation par la bouche de gastrostomie a été commencée 3 heures après l'opération. Il a d'abord reçu 2 onces d'un mélange de lait, d'œufs et de lactoses toutes les 3 heures, avec un minimum de 1 litre d'eau bouillie par 24 heures. Au bout de 48 heures on le mit aux bouillies de gruaux et aux potages passés.

Son pouls était ralenti, sa température au-dessous de la normale quand il quitta l'hôpital le 7 novembre 1934, pesant 105 livres.

On le mit alors à un régime de 3.000 calories environ par 24 heures, avec 1 litre et demi d'eau bouillie, ce qui lui permit de reprendre quelques forces et de gagner du poids.

Par la suite, pouls et température revinrent à la normale, la bouche de gastrostomie a continué à fonctionner normalement et il demeura en assez bon état jusqu'au 7 mars 1935, date à laquelle se produisit une hémorragie grave.

Il mourut le 12 mars 1935, d'une broncho-pneumonie due à l'envahissement des poumons par l'épanchement sanguin.

OBSERVATION IV

(André CAIN, Roger CATTAN, Henri SIKORAV)

Malade âgé de 61 ans, vient consulter le 10 juin 1937 à l'hôpital Saint-Antoine pour une dysphagie qui a débuté en mars 1937, s'est progressivement accentuée et ne permet que les aliments semi-liquides. Il n'y a pas de régurgitation mais seulement rejet de mucosités claires. Le malade accuse, en dehors des repas, des douleurs violentes sous-mammaires droites à irradiations postérieures.

Au début de juin, pendant la nuit, le sujet a rejeté brutalement et en abondance, du sang rouge par la bouche. Cette hémorragie ne s'est pas reproduite.

L'examen clinique est négatif, mais l'exploration radiologique révèle une sténose de la partie moyenne de l'œsophage thoracique. A la hauteur de l'angle de Louis, la substance opaque remplit un défilé irrégulier, anfractueux et très étroit qui, en un point limité de sa paroi antérieure, se renfle et dessine un pseudo-diverticule. Au delà du rétrécissement ne s'écoule qu'un mince filet baryté.

Une gastrostomie est pratiquée le 19 juin 1937, la sonde est bien tolérée et permet une alimentation suffisante. Le malade qui avait perdu 10 kilogrammes en trois mois cesse de maigrir.

Le 25 juillet 1937, on constate pour la première fois que la déglutition d'un verre d'eau provoque aussitôt une toux spasmodique et violente avec rejet de mucosités en abondance. L'examen radiologique montre, comme on devait le craindre, qu'il existe une communication entre l'œsophage et les voies respiratoires ; la bouillie opaque épaisse après avoir traversé la partie supé-

rière de l'œsophage thoracique, dessine une bifurcation bien visible en O. A. D. ; en avant et à droite, une mince et courte traînée prolonge l'œsophage ; en arrière et à gauche se détache un filet plus épais qui descend obliquement en bas et en avant. En raison de sa déclivité nous pensons qu'il s'agit de la branche droite.

L'établissement de la fistule ne marque pas chez notre malade l'apparition de signes généraux : la température reste normale, le poids même passe en 15 jours de 45 kilogrammes à 47 kgr. 300.

En dehors des tentatives de déglutition qui peuvent être évitées grâce à l'alimentation par la bouche gastrique, le malade ne tousse pas, ne suffoque pas, ne crache pas. La radiographie pulmonaire est normale et s'accorde avec l'examen clinique.

Le malade quitte le service et ne se présente de nouveau qu'en décembre 1937, parce que depuis 15 jours environ il a de la fièvre (entre 38° et 38°5), a maigri, accuse une grande fatigue, rejette des crachats muco-purulents. Ceux-ci contiennent des bacilles de Koch ; il existe des signes cliniques et radiologiques de tuberculose excavée du sommet droit.

L'évolution est rapide, le malade meurt dans le service le 5 février 1938.

Il est à noter que la fistule œsophago-bronchique est jusqu'à la fin bien tolérée et que l'image radiologique n'a subi aucune modification.

AUTOPSIE.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique. La tumeur œsophagienne fait corps étroitement avec le plan antérieur, sans toutefois envahir le squelette. Il faut le sectionner au niveau du rachis pour le libérer. On prélève en masse les organes du médiastin. En examinant leur ensemble par la face postérieure on se

rend compte que la tumeur obstrue complètement la lumière œsophagienne, qu'elle rejoint la concavité aortique et masque la bifurcation trachéale. Au milieu des bourgeons cancéreux sur la face antérieure de l'œsophage, s'ouvre un orifice anfractueux ; le stylet qui s'y engage est conduit dans la bronche gauche à laquelle adhère complètement la tumeur. Celle-ci fait corps également avec la bronche droite, la repousse mais sans envahir sa paroi. Une coupe horizontale montre que l'infiltration néoplasique se propage jusqu'à l'aorte mais s'arrête à son contact. Les ganglions trachéo-bronchiques sont petits et anthracosiques.

Les lésions tuberculeuses sont représentées par une infiltration ulcéro-caséuse du sommet droit et par un semis de fins nodules broncho-pneumoniques.

Examen histologique.

On a pratiqué des coupes horizontales d'ensemble passant par la fistule. Au niveau de celle-ci la paroi bronchique est complètement détruite, elle est remplacée par les bourgeons plus ou moins sphacelés de l'épithélioma épidermoïde œsophagien qui s'est propagé de proche en proche en se substituant aux tissus normaux. C'est ainsi qu'à la périphérie de la zone où la bronche a été envahie subsistent des fragments de cartilage et de muscle ; les fibres élastiques sont rompues et dilacérées ; des îlots glandulaires se reconnaissent au milieu des coulées et des nodules épithéliomateux. L'aorte, comme la bronche droite, est indemne. Dans son ensemble le cancer est peu extensif. Il s'est développé surtout dans la lumière et la paroi de l'œsophage. Il ne forme autour de celui-ci qu'une mince sertissure qui englobe quelques petits ganglions, dont un seulement est envahi.

OBSERVATION V

Communiquée par le Docteur PICHARD (Angers)

Congrès Radiologique de l'Ouest, Juin 1939

M. B..., examiné en février 1938 pour importante dysphagie.

A ce moment on remarque chez le malade un état général très fléchissant et surtout un amaigrissement considérable. La dysphagie, très importante, ne permet déjà plus une élimination normale. L'examen radiologique du thorax a montré seulement un état assez marqué d'emphysème.

L'ingestion d'une préparation opaque s'accompagne d'un arrêt constant, mais de peu de durée à la hauteur de la fourchette sternale. Immédiatement au-dessous de cet arrêt le liquide opaque chemine dans un conduit plus ou moins irrégulier sur une longueur de 3 ou 4 cm. Au delà de ce point les caractères radiologiques de l'œsophage redeviennent complètement normaux. En amont de la dilatation le conduit œsophagien est légèrement dilaté (fig. 1).

A la suite de cet examen, un chirurgien d'Angers fait une gastrostomie dont le résultat dépasse toutes les espérances.

En quelques semaines, le malade augmente de plus de 10 kilog., cet état de santé apparente ne cesse de croître au point que sept mois après, en septembre, le médecin traitant commence à se demander s'il s'est vraiment agi d'une tumeur maligne et si la perméabilité œsophagienne ne s'est pas reconstituée.

Nouvel examen le 17 septembre, mais les choses ne se passent plus comme en février. Le liquide introduit

dans l'œsophage y pénètre 2 ou 3 cm. puis disparaît d'une façon assez anormale et le malade est pris d'une



OBSERVATION V. — Figure 1

quinte de toux considérable, au cours de laquelle il vomit toute la baryte ingérée.

En poursuivant un certain nombre de fois cette épreuve on a pu se rendre compte que le liquide passe



OBSERVATION V. — Figure 2

dans les bronches, comme en témoigne la radiographie prise au cours de l'examen (fig. 2).

Aussitôt après la quinte de toux, le conduit aérien se trouve tapissé dans toute son étendue d'une mince pellicule opaque qui rend visible non seulement la trachée, mais les grosses bronches et même les bronches de deuxième et troisième ordres.

Malgré son état de parfaite santé apparente, le malade mourut quelques semaines après cet examen.

OBSERVATION VI

Docteur PICHARD (Angers)

Congrès Radiologique de l'Ouest (Juin 1939)

M. G..., 66 ans. Examiné pour dysphagie importante avec amaigrissement et mauvais état général.

L'examen radiologique montre un arrêt du liquide opaque nettement au-dessus de la fourchette sternale au voisinage immédiat, par conséquent, de la bouche œsophagienne. Après un spasme de quelques secondes, le liquide franchit une courte zone rétrécie et ensuite le conduit redevient normal et souple.

A chaque déglutition une quantité appréciable de liquide s'engage dans les voies respiratoires et descend dans la bronche inférieure droite où il séjourne quelques instants, puis il est rejeté dans une quinte de toux. La quantité de liquide qui s'engage dans les voies respiratoires est nettement supérieure à celle qui suit les voies naturelles. Dans ce cas la quinte de toux a pour conséquence une projection de substance opaque contre les parois de l'arbre aérien et la formation d'une mince pellicule qui les rend visibles en totalité (fig. 1).

Malheureusement le malade n'a pu être suivi et il est impossible de donner l'évolution postérieure de l'affection.



OBSERVATION VI. — Figure 1.

OBSERVATION VII

HUGUENIN et LINDEUX

Annales d'anatomie pathologique, t. 15, p. 523

M. B..., âgé de 50 ans, est adressé à la consultation de l'Institut du cancer, le 6 septembre 1937, avec le diagnostic de « cancer du larynx à marche rapide », ce dont semblent témoigner l'allure générale du malade et son amaigrissement extrême. Outre les signes phonatoires, les premiers en date, apparus trois mois auparavant, le malade accuse, depuis trois semaines, une dysphagie d'abord paroxystique portant sur les solides, puis complète ; l'alimentation, uniquement liquide, ne s'effectue plus qu'avec beaucoup de difficulté ; par ailleurs, il n'existe pas de régurgitation, ni d'expectoration sanglante, seulement un peu de sialorrhée.

Le palper révèle, le long des chaînes jugulo-carotidiennes et dans les creux sus-claviculaires, des ganglions à caractères nettement néoplasiques. Le corps thyroïde apparaît augmenté de volume, très dur, absolument fixé, à telle enseigne que l'on serait tenté de croire à un cancer thyroïdien. Néanmoins le point de départ des lésions ne paraît pas évident et une exploration barytée de l'œsophage est pratiquée sous écran. Cet examen décèle immédiatement une fistule œsophago-trachéale évidente : en effet, en position oblique, la baryte pénètre dans la trachée et descend dans les bronches ; en faisant tousser le malade on constate son reflux dans le larynx. Ces différents aspects sont fixés sur des clichés où l'on voit bien qu'il s'agit d'une communication œsophago-trachéale. Par ailleurs, l'examen de ce malade révèle une métastase hépatique et toute tentative thérapeutique apparaît illusoire.

La dysphagie, les jours suivants, s'accroît encore et le malade restreint de plus en plus son alimentation, n'absorbant plus que des liquides et seulement en très faible quantité. Brusquement, huit jours après son entrée, un matin, en dehors de toute tentative alimentaire, le malade, qui venait de se lever, est pris d'un accès de suffocation intense avec cyanose et tirage épigastrique. Rapidement, en quelques minutes, il meurt dans un tableau d'asphyxie.

L'AUTOPSIE montre que l'œsophage est transformé en une poche remplie d'une masse nécrotique située à gauche au-dessous de la crosse aortique. Il communique avec la trachée par une fistule largement ouverte, bas située sous la crosse. Au niveau de la bifurcation trachéale, à cheval sur les deux bronches qu'elle obture, on constate la présence d'une partie de la masse nécrotique ayant passé par la fistule œsophago-trachéale, ce qui explique la mort rapide par asphyxie. L'histologie confirme qu'il s'agissait d'un épithélioma glandulaire cylindrique devenu en grande partie atypique dont l'origine apparaît impossible à déterminer avec certitude : glandes œsophagiennes probablement.

Le parenchyme pulmonaire ne présente aucune lésion broncho-pneumonique mais seulement des lésions banales (atelectasie, sclérose, œdème) et des métastases.

OBSERVATION VIII

R. BOULIN, R. MALLET, M. ULMANN, J. LAURENT

Le Documentaire Médical

OBS. A. — M. J..., âgé de 63 ans, entre dans le service le 14 janvier 1939.

Il se plaint avant tout de symptômes orientant les

recherches vers l'appareil broncho-pulmonaire. C'est en effet par une toux persistante et rebelle, accompagnée d'une expectoration muco-purulente et de fièvre que le malade entre à l'hôpital.

Ce n'est qu'après un interrogatoire plus poussé et un examen plus minutieux qu'apparaît le symptôme essentiel que constituent les troubles de la déglutition.

Le début de ces troubles ne remonte guère qu'à trois mois ; jusqu'à cette époque, en effet, cet homme ne présentait aucune gêne. C'est brusquement qu'il lui est devenu impossible de déglutir les liquides ; quel que soit la température des liquides, toute tentative de déglutition était immédiatement suivie de quintes de toux et de rejet instantané après quelques instants, d'une expectoration abondante mélangée au liquide ingéré.

Ces troubles, depuis leur installation, ne se sont ni améliorés, ni aggravés.

Il est à noter, en particulier, qu'à aucun moment la déglutition des aliments solides n'a été troublée et jamais le malade n'a présenté de régurgitation.

L'appétit a pourtant diminué dans des proportions appréciables et l'amaigrissement est considérable puisqu'il atteint 13 kilog. en quatre mois.

Ce n'est que dans les semaines qui ont précédé son entrée à l'hôpital que le malade a vu apparaître une toux permanente accompagnée d'une expectoration muco-purulente et d'une fièvre légère ne dépassant guère 38°.

EXAMEN.

Le malade est fatigué, amaigri.

On note une voix bitonale tout à fait caractéristique dont on ne peut préciser la date d'apparition. Il n'existe ni dyspnée, ni cyanose.

On essaie de faire absorber au malade quelques gor-

gées d'eau ; à peine la déglutition est-elle commencée que le malade est pris d'une violente quinte de toux, rejetant le liquide ; en même temps il se cyanose. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes que le calme revient.

Par contre, la déglutition de petits morceaux de pain se fait sans difficulté.

L'examen de la bouche et du pharynx ne montre aucune anomalie. On perçoit dans la région sous-angulo-maxillaire, des deux côtés, de petits ganglions durs, roulant sous le doigt.

La région cervicale apparaît normale. Le reste de l'examen somatique est entièrement négatif, à l'exception de quelques râles de bronchite disséminés dans le thorax.

L'expectoration muco-purulente est peu abondante.

La température est à 38°.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

On porte le diagnostic de fistule œso-trachéale, d'origine probablement néoplasique.

Des examens radiologiques sont alors pratiqués le 24 janvier 1939.

La radiographie simple du thorax ne montre aucune anomalie appréciable. C'est tout au plus s'il existe des signes de sclérose pulmonaire bilatérale, retrécissant les espaces intercostaux coïncidant avec des ombres vasculaires d'une densité exagérée. Il n'existe pas, en particulier, d'adénopathie médiastinale visible.

Après absorption de bouillie barytée, l'image devient caractéristique et montre avec évidence l'existence de la fistule œsophago-trachéale. C'est environ au niveau de la troisième vertèbre dorsale que l'œsophage prend la forme d'un défilé irrégulier et anfractueux ; d'emblée la baryte injecte la trachée et la radiographie montre



FIG. 2.--- On voit l'amorce de la fistule



FIG. 1 — On voit la fistule et le large abcès anfractueux
qui lui fait suite.



FIG. 3

On a passé la sonde dans le trajet fistuleux œso-trachéal.

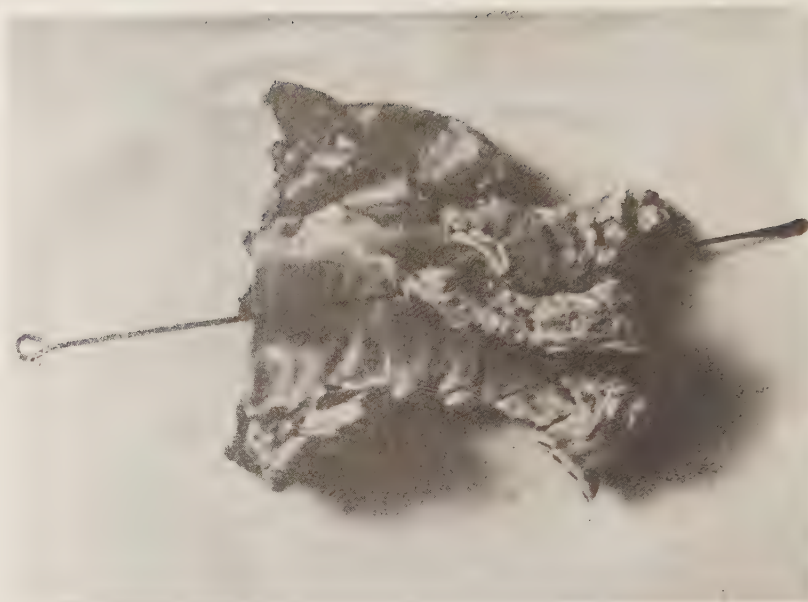


FIG. 4

avec netteté l'opacité de la trachée et de la bronche gauche.

EVOLUTION.

Le malade meurt quelques jours après son entrée à l'hôpital et l'autopsie a permis :

La vérification anatomique du diagnostic.

Il s'agit d'un néoplasme à forme végétante, situé au tiers moyen de l'œsophage communiquant avec la trachée par une fistule.

OBS. B. — M. B., Marcel, 37 ans, peintre en bâtiment.

Le malade entre dans le service le 28 septembre 1938, en racontant une histoire très typique de dysphagie.

Les troubles se sont installés brusquement dans le courant du mois de juillet. En quelques jours le malade s'est trouvé dans l'impossibilité absolue de déglutir des aliments solides, tels que pain et viande qu'il régurgitait presque aussitôt. Il attache d'ailleurs peu d'importance à ces symptômes puisque pendant un mois il se contente d'une alimentation liquide et ne prend aucun avis médical. Il se décide enfin dans le courant du mois d'août à se rendre à l'hôpital de la Pitié, où on pratique un examen radiologique du tube digestif, et une œsophagoscopie accompagnée d'une biopsie.

La dysphagie persiste et s'accroît. La difficulté de l'alimentation a entraîné un amaigrissement rapide (12 kg. en un mois), lorsque, le 28 septembre, le malade est hospitalisé à Cochin. Un incident survenu trois jours avant son admission mérite d'être signalé : ayant essayé d'avaler un cachet, le malade fut pris de vomissements et se mit à tousser et à cracher abondamment.

Le seul antécédent digne d'intérêt retrouvé dans le passé de ce malade est l'ingestion accidentelle, il y a qua-

torze ans, d'un demi-verre d'eau de Javel, ingestion n'ayant d'ailleurs été suivie d'aucun trouble. Entre le 28 septembre et le 12 octobre, on constate chez ce malade, outre l'amaigrissement important déjà signalé et la répétition de la toux à chaque déglutition :

— une fièvre persistante, oscillant d'une manière irrégulière autour de 38°5 ;

— des troubles fonctionnels pulmonaires ; toux et expectoration purulente abondante (de 200 à 300 cc. par jour) et fétide.

L'examen thoracique montrait d'ailleurs à la partie moyenne du poumon droit, en arrière, une zone de matité avec souffle et râles humides.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Le 3 octobre 1938 : ayant fait absorber au malade un verre de baryte, on constate d'importantes perturbations de la traversée œsophagienne. L'œsophage se remplit normalement jusqu'au tiers moyen. A ce niveau, on voit la baryte pénétrer dans une poche volumineuse, à contours irréguliers, située dans la partie inférieure du poumon droit. L'œsophage est relié à cette poche par un trajet fistuleux court et étroit, nettement injecté par la baryte.

Par ailleurs, le calibre de la moitié inférieure de l'œsophage présente sur toute son étendue un rétrécissement peu serré mais irrégulier et déchiqueté.

L'ingestion de gélobarine moins épaisse permet d'étudier le remplissage, l'évacuation et les contours de l'estomac. Aucune anomalie n'est à retenir à ce niveau.

EVOLUTION.

Le 12 octobre, une hématoméose abondante se produit entraînant la mort en quelques heures.

AUTOPSIE.

Elle est pratiquée le 13 octobre 1938, et montre que la partie inférieure de l'œsophage et la région adjacente du poumon droit sont intimement soudées par une réaction inflammatoire extrêmement étendue.

Le processus néoplasique infiltre l'œsophage sur une hauteur de 10 à 15 centimètres.

La partie inférieure du poumon droit est le siège d'un abcès du volume d'une grosse orange. Les parois sont irrégulières, saignantes, sphacélées. La cavité est remplie de pus et de sang.

Dans le magma putrilagineux qui réunit l'œsophage et l'abcès gangréneux, il est impossible d'opérer une dissection correcte du trajet fistuleux. On ne trouve d'orifice anormal ni sur la trachée, ni sur les deux bronches principales. La communication s'est-elle faite au niveau d'une des premières divisions bronchiques ou en plein parenchyme pulmonaire, c'est là un point qu'il est impossible de préciser.

CONCLUSIONS

Les fistules œsophago-trachéo-bronchiques sont une complication relativement fréquente du cancer de l'œsophage.

L'intérêt de leur étude est moins le fait des perforations survenant au cours de l'évolution de cancers de l'œsophage reconnus que celles qui, apparaissant d'emblée, attirent l'attention sur un cancer jusque-là latent.

Leur anatomie pathologique est essentiellement variable suivant les processus qui concourent à leur établissement : ulcération néoplasique progressive, fissuration pariétale et infection médiastinale, suppuration de ganglions médiastinaux infectés.

Leur symptomatologie, rationnelle dans les cas typiques, peut être particulièrement fruste suivant le type de la fistule ou ses conditions d'apparition.

Elles hâtent la terminaison fatale du cancer de l'œsophage; le plus souvent les malades ne survivent pas plus d'un mois à leur apparition. Pourtant, chez les sujets ayant une gastrostomie, ce délai peut être porté à plus d'un an.

Vu :
LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- TERRACOL. — Les maladies de l'œsophage, 1938.
- GOT (A.). — Les fistules œsophago-trachéales. *Rev. de laryngologie*, t. 42, 1921, p. 175 et 232.
- BARRUT. — Les fistules œsophago-bronchiques. *Thèse Lyon*, 1935.
- CARNOT (P.). — Les perforations œsophago-aériennes dans le cancer de l'œsophage. *Bulletin de laryngologie*, N° 2, p. 71, 1929.
- DUMAS & JARRICOT. — Néo-œsophagien avec fistule broncho-œsophagienne. *Annales d'Oto-laryngologie*, 1931, N° 9, p. 1022.
- LAUB. — Nouveau procédé pour le diagnostic des fistules entre l'œsophage et les voies respiratoires. *Archivio Ital. per le mal. della Trachea*, 3, 1935, N° 4, 247-252.
- COLLET, MAYAUX & PIAGET. — Un cas de fistule trachéo-broncho-œsophagienne. *Lyon Médical*, 1935. t. I, p. 179-180.
- BOCCA (M.-C.). — Fistule œsophago-trachéale dans un cancer œsophagien. *Lyon Médical*, N° 48, déc. 1935.
- PERA. — Un cas de fistule trachéo-œsophagienne par cancer de l'œsophage. *Journal de Chirurgie*, 1936, N° 2, p. 115.
- EEMAN (F.). — Cancer de l'œsophage chez un homme de 30 ans. Fistule trachéo-œsophagienne. *Bronchoscopie-Œsophagoscopie*, 1936, N° 1, 28.

- BONNARD (M.). — Le cancer de l'œsophage sans signes cliniques œsophagiens. *Thèse Paris*, 1921.
- BÉRARD (L.) & SARGNON. — Le cancer de l'œsophage, 1927.
- TIPREZ & CHRSTIAENS. — Fistule œsophago-trachéale au cours d'un cancer de l'œsophage. *Société de Médecine du Nord*, mars 1934.
- SERGEANT & RENAUD (J.). — Abscès du poumon au cours du cancer de l'œsophage. *Société Médicale des Hôpitaux*, 5 juillet 1935.
- WORMS & BOLOTTE. — Paralysie recunentielle bilatérale et cancer de l'œsophage. *Société de Laryngol. d'Otol. et de Rhinol.*, 12 mai 1927.
- CAIN (A.), CATTEAU (R.) & SIKORAV. — La perforation du cancer de l'œsophage dans la trachée et dans les bronches. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, t. 28, N° 8, oct. 1938, p. 793.
- HUGUENIN & LINDEUX. — Fistule œsophago-trachéale sans broncho-pneumonie de déglutition. *Annales d'Anatomie pathologique*, t. 15, p. 523.
- BROWN (W.-G.-S.). — Carcinoma of œsophagus with fistula into ain passages. *Lancet*, 8 sept. 1934, p. 544.
- GIRARD. — Fistule œsophago-trachéale bien tolérée. *Oto-Rhino-Laryngologie internationale*, t. 20, mai 1936.
- BROOKS (C.-E.). — Case of carcinoma of œsophagus with rupture into trachea. *Canadian Medical Association Journal*, t. 33, oct. 1935, p. 423.
- BOULIN (R.), MALLET (R.), ULMANN (M.), LAURENT (J.). — Les communications œsophago-aériennes au cours du cancer de l'œsophage, *Le Documentaire Médical*, mai 1939.

TABLE DES MATIERES

Historique.	11
Etiologie.	13
Pathogénie et Anatomie pathologique	15
Etude clinique.	23
1. Forme typique	23
2. Formes cliniques	28
Diagnostic	33
Traitement.	39
Observations	41
Conclusions	67
Bibliographie.	69



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



